

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXIII

SETEMBRO DE 1961

N.º 3

Sumário:

<i>Volvo do grande epiplon — Dr. DELTON CROCE</i>	35
<i>Mioma recidivante do espaço vesico-vaginal — Dr. WALDEMAR MACHADO</i>	41
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico</i>	44



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de
"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
Dr. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

peio
SANATÓRIO SÃO LUCAS
FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO DE 1961/1962

Presidente

Dr. ENRICO RICCO

Vice-Presidente

Ptof. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS

Primeiro Secretário

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

Dr. JOHN BENJAMIM KOLB

Primeiro Tesoureiro

Dr. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

Segundo Tesoureiro

Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Bibliotecário

Dr. ROBERTO DELUCA

Conselho Consultivo

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA

Dr. WALDEMAR MACHADO

Dr. MOACYR BOSCARDIN

Dr. PAULO G. BRESSAN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXIII

SETEMBRO DE 1961

N.º 3

Volvo do Grande Epiplon (*)

Dr. DELTON CROCE

Estagiário do Sanatório São Lucas

O assunto que nos propomos relatar — Volvo do Grande Epiplon — é relativamente pouco ventilado pela literatura médica mundial, quiçá pela raridade com que ocorre e por isso mesmo, talvez, poucas vezes seja diagnosticado. De fato, dentro da vasta patologia que reúne o abdome agudo cirúrgico, a torção do avental epiploico constitui afecção de pequena incidência. Muitos dela tiveram notícias; poucos cirurgões a viram.

Foi Marchetti, autor francês, quem publicou a primeira descrição da torção do grande epiplon, na revista "Recueil d'observations rares" de Paris, em 1851.

Além de ocorrer pouco frequentemente, o diagnóstico dessa entidade nosológica não é fácil, de vez que a sua sintomatologia se confunde com a sintomatologia de várias outras afecções cirúrgicas abdominaes. Assim, é comum confundi-la com apendicite aguda, como ocorreu neste caso que vamos relatar, em que dois experimentados cirurgões firmaram esse diagnóstico enquanto que o Dr. Eurico Branco Ribeiro pôde fazer o diagnóstico pré-operatório de torção do epiplon, pois que aquela primeira hipótese tinha contra si além da idade e elevado peso do paciente (fator relativo), uma leucocitose pouco elevada, ausência de contratura abdominal (que sem dúvida, nem sempre está presente na apendicite) associada a uma hiperestesia acentuadíssima. Deveras, os quadros sintomáticos peculiares a cada uma dessas afecções se assemelham tanto, se entrosam e se confundem de tal maneira que na maioria dos casos não se pode afirmar, categoricamente, de qual delas se trata. E geralmente, se pensa sempre naquela afecção que é mais frequente. Mas, se a impressão diagnóstica infirmada não desdoura, o correto diagnóstico enaltece e orgulha a quem o faz. Outras vezes, a palpação abdominal da massa volvida leva-nos a formular a hipótese de plastrão abdominal.

(*) Trabalho apresentado à reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 3 de agosto de 1961.

O caso que apresentamos, assistido neste Serviço, mostrou a forma mais simples: torção intrabdominal aguda. A forma típica geralmente se associa a um saco herniário desabitado.

Segundo Blondeau, o acidente é mais freqüente no sexo masculino (65% dos casos), sendo excepcional na criança e rara na mulher.

Várias causas são apontadas :

- a) podem ser responsabilizadas tôdas as que determinam aderência ou fixação da extremidade livre do grande epiploon às vísceras ou à parede abdominal, hérnia, epiploite aderencial, apendicular ou anexial, epiploite pós-cirúrgica, corpo estranho (fios), traumatismo, etc.;
- b) as que condicionam, por desigual distribuição de peso no momento, assimetria e um princípio de rotação do mesmo : sobrecarga adiposa, tumores, cistes, trombose dos grandes vasos, etc.;
- c) há quem tenha citado, como causas prováveis, as digestões difíceis, mal formações, blenorragia, etc., más, essas causas não têm sido comprovadas pelos autores honestos, pelos autores sérios, e a nós se nos parecem completamente destituídas de fundamento.

Diz Watson, que o volvo de grande epiploon pode ser classificado em intraherniário, intrabdominal ou mixto, segundo a torção ocorra, respectivamente, em uma epiplocele herniária, na cavidade abdominal ou quando ambas as formas se encontrem associadas. De tôdas elas, a primeira é infreqüente e a terceira muito rara. Evidentemente, essa classificação baseia-se na localização da porção de epiploon que sofreu torção. Há outras classificações. Assim, descreve-se dois tipos patogênicos — unipolar e bipolar — segundo a extremidade distal do omento esteja livre ou aderida às vísceras ou à parede abdominal, conforme já salientamos ao tratarmos das causas favorecedoras e responsáveis pela entidade mórbida que estudamos. Finalmente, sob o ponto de vista etiológico, consideramos a torção do grande epiploon primária ou secundária, segundo exista ou não visível uma causa responsável pelo seu desencadeamento. O caso que relatamos é exemplo de volvo do grande epiploon primário.

Diz Lejars que no tipo bipolar, a extremidade distal estando fixa por alguma das causas citadas, a rotação do avental epiploico ocorreria "como em um lenço fixo por seus dois ângulos", sob o impulso do peristaltismo intestinal, motilidade diafragmática e pressão da parede. No tipo intraherniário, a rotação se faz ao nível do colo da epiplocele, naturalmente quando a extremidade do omento se encontra fixada ao fundo do saco herniário. Na variedade intrabdominal a torção é subcolica. O número de voltas varia entre uma e vinte, diz Lejars. No presente caso constatou-se a existência de uma volta e meia. Quando, como nesse caso, a torção ocorre no

interior da cavidade abdominal, sua direção se faz no sentido do ponteiro de relógio: na variedade mixta segue direção oposta. No tipo unipolar, a existência de tumor, ciste, sobrecarga gordurosa, condicionando uma assimetria pela desigual distribuição de peso, desenvolvem forças também desiguais capazes de desencadear a torção. Payr pretende que a rotação dos vasos calibrosos que ocorre após ligadura dos mesmos seja capaz de provocar o volvo epiploico. Já se tem incriminado, inclusive, o que se convencionou chamar de "epiploite alérgica" que ocorre nos indivíduos que apresentam com frequência molestias dispépticas. E assim por diante...

A torção pura de epiplon associa a um saco herniário, ou seja, de uma epiplocele, imita em tudo o quadro de hérnia estrangulada, sendo mesmo comum que se intervenha com êsse diagnóstico, já que é praticamente impossível qualquer distinção semiológica. Na variedade mixta, é mais frequente predominar os sinais inerentes à cavidade abdominal, não se devendo esquecer, entretanto, que a sintomatologia da hérnia estrangulada pode dominar o quadro e levar o cirurgião a operar com êsse diagnóstico. É por isso que se recomenda investigar o resto do omento após tratar a porção torcida do saco herniário. O volvo intrabdominal, já por ser mais frequente que as outras duas variedades, é que reúne as melhores condições para ser diagnosticado pré-operatóriamente.

Evolutivamente o acidente pode ser agudo, sub-agudo, crônico e crônico recidivante (Rey).

Vejamos o caso que determinou estas considerações:

A.M.M., relata dor surda, que apareceu súbitamente e foi progressivamente aumentando de intensidade, na fossa ilíaca direita, com irradiação para a cicatriz umbilical, o que levou um clínico ao diagnóstico de apêndice aguda. Quando o paciente deu entrada neste Serviço, a dor tinha já três dias de duração. Não guardou o leito. Conta que apalpando superficialmente a fossa ilíaca direita sentia uma sensibilidade intensamente dolorosa. Nega náuseas e vômitos. Nega febre. Urina bem. É um constipado intestinal crônico, fazendo uso habitualmente de laxantes, (pilulas Carter); nega alteração do trânsito intestinal. Apresenta defesa ligeira, mas, nítida, na região ilíaca direita, com sensibilidade dolorosa, dando inicialmente ao Dr. Eurico e depois a mais dois experimentados cirurgiões, a impressão da existência de plastrão abdominal.

Como vimos, a dor é o sintoma que domina o quadro. Ordinariamente, êste se inicia com dor de intensidade tal que obriga o paciente a guardar o leito. Localizada preferentemente do lado direito, irradia-se para todo o abdome e particularmente para o mesogástrico e hipogástrico, podendo ser contínua ou em crises espasmódicas intervaladas. É de fundamental importância saber que ela não se acompanha de náuseas ou vômitos, nem de alterações do trânsito intestinal, pois, como no caso que relatamos, a eliminação de gases continua a se fazer normalmente. Há febre moderada, com sinal de Pawloski negativo, ou seja, com temperatura diferencial axilo-retal

menor que um a um e meio graus centígrados. Leucocitose discreta e velocidade de hemossedimentação pouco acelerada, são observadas. Há como "uma esquisita hiperestesia cutânea peri-umbilical".

A pressão ou descompressão de qualquer ponto do abdome — flancos, hipo e mesogástrico, —, por mínima que seja, provoca viva dôr, fazendo supor uma gravidade que contrasta com o bom estado geral do paciente. Importante: quase não há contratura abdominal, mas, a sensibilidade é tão acentuada que a palpação profunda é geralmente senão impossível, ao menos prejudicada. Quando se consegue praticá-la, palpa-se u'a massa volumosa de limites imprecisos, muito sensível, o que leva à errônea suspeita de plastrão apendicular, como aconteceu no presente caso, neste Serviço. Segundo Mondor, "a diferenciação se faz baseada na imprecisão dos contornos da tumefação e no volume, que é sempre maior que o plastrão inflamatório, ao menos no primeiro dia do acidente".

Outras afecções em que se deve pensar são: anexite, torção de pedículo de ciste ovariana, colecistite, etc.

Neste caso, o diagnóstico, brilhante, sem dúvida, fundamentou-se, principalmente:

- a) na idade;
- b) na generosa reserva adiposa do paciente;
- c) na dôr e em seu início brusco;
- d) na ausência de contratura associada a uma "defesa nítida da parede e sensibilidade dolorosa";
- e) na ausência de náuseas e vômitos;
- f) na leucocitose moderada;
- g) na existência de febre moderada.

Não se pesquisou o sinal de Pawloski nem a velocidade de hemossedimentação.

O tratamento é eminentemente cirúrgico. No caso em aprêço, foi praticada uma via de acesso através de uma incisão transversal ampla na porção superior da região ilíaca direita. Verificou-se a existência de um fragmento de epiplon, achatado, com 9 centímetros de comprimento, avermelhado, com inúmeros pontos congestos de coloração vermelho-bordeaux, apresentando torção de uma volta e meia em seu pedículo estreito, no sentido do ponteiro de relógio. Os vasos situados nas proximidades da torção apresentavam-se completamente trombosados. Acima da torção, o epiplon apresentava aspecto normal. À guisa de esclarecimento e para finalizar, direi que o apêndice, que foi extirpado, não apresentava espessamento na parede nem sinais evidentes de inflamação aguda, más, apenas ligeira hiperemia.

Prof. CARMO LORDY — No caso em aprêço, o volvo do grande epiplon se processára no lado direito da cavidade abdominal, na proximidade da região apendicular, donde a justificativa inicialmente

levantada de se pensar numa eventual manifestação de apendicite. A título de complemento, oferece-se hoje a oportunidade de ser referido mais um caso, evoluído porém, no lado esquerdo da cavidade abdominal, na região inguinal.

Em meado de junho de 1959, foi operada neste Sanatório uma paciente, sob a suspeita de hernia inguinal. O exame histológico do material retirado revelou, entretanto, a presença de epiploon em bom estado de conservação, apresentando vasos muito dilatados e repletos de sangue. Como explicar neste caso a insinuação do bordo livre do epiploon através do canal inguinal? É sabido que durante o período fetal o peritoneo acompanha no seu trajeto até o pubis o ligamento redondo, o qual originariamente corresponde ao ligamento caudal do mesonefros. Forma-se desse modo um longo divertículo peritoneal, conhecido sob o nome de canal de Nüeck, análogo ao do homem, no qual desce até a bolsa escrotal. Durante a 2.^a metade do período fetal, o canal de Nüeck oblitera-se por completo. A fosseta inguinal externa, pequena depressão encontrada na cavidade abdominal do indivíduo adulto, representa o resquício do referido divertículo. Por aí (naturalmente, o bordo livre do grande epiploon penetrara e aos poucos se insinuára, graças à permeabilidade anômala, aliás, não tão infrequente como se pensa, da luz do canal de Nüeck. Na realização desse processo, concorreram com muita probabilidade diversos fatores, em primeira linha, o que determinou a aderência ou a fixação da extremidade livre do grande epiploon à parede abdominal.

Em remate, nas afecções da cavidade abdominal é sempre útil se lembrar da eventual interferência do grande epiploon, que aqui pode simular uma apendicite, ali, uma hernia inguinal, como nos dois casos acima apontados.

COMENTÁRIOS

Dr. PAULO BRESSAN — Considero difícil o diagnóstico prévio de torção de epiploon sendo comumente levado à mesa cirúrgica com o diagnóstico de apendicite aguda. Tive oportunidade há anos atrás de publicar um trabalho sobre dois casos de torção de epiploon, fazendo considerações sobre o diagnóstico diferencial, em especial com a apendicite aguda, cujo quadro muito se confunde com o da torção, se bem que outras entidades, como intossupecção, pancreatite aguda, obstrução intestinal, colicistite, torção de ciste de ovário também devem estar presentes à mente do clínico ou cirurgião. Lembrando que Toreck dizia "ser o diagnóstico diferencial de importância secundária, interessando o conhecimento do quadro de abdomen agudo para imediata intervenção cirúrgica".

Dr. MOACYR BOSCARDIN — Primeiramente quero felicitar o Dr. Eurico, porque eu vi esse doente e fiz o diagnóstico, junto com o

Dr. Waldemar Machado, de apendicite aguda, embora já tivesse visto 1 ou 2 casos de torção de epiplon aqui no Sanatório São Lucas. Este foi o primeiro caso com diagnóstico prévio que me foi dado presenciar. Um dos motivos que levou o Dr. Eurico a firmar o diagnóstico foi a hiperestesia cutânea, que era intensa. Com a orientação hoje assinalada creio que me será facilitado o diagnóstico de outro caso que por ventura me apareça.

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO — A questão do diagnóstico prévio de torção de epiplon vem sendo tratada com bastante cuidado pelos autores, em virtude da sua relativa raridade. Só podem fazê-lo aqueles que já observaram essa entidade mórbida e que já tiveram a oportunidade de fazer um diagnóstico errado. Observando os sinais apresentados por cerca de meia dúzia de casos registrados aqui no Sanatório São Lucas, concluímos que um índice de grande valor é justamente hiperestesia cutânea sem defesa muscular concomitante, como a que encontramos de regra nos casos de apendicite aguda. Assim, se na apendicite aguda encontramos com a hiperestesia uma defesa muscular intensa, na hiperestesia provocada por uma torção de epiplon há apenas uma zona limitada a um leve toque sôbre a parede abdominal provoca uma reação intensa do paciente, não havendo a um palpar mais profundo a mesma reação. Esse foi sem dúvida, um dos dados que nos levaram a fazer o diagnóstico prévio de torção de epiplon no caso que acaba de ser apresentado pelo Dr. Delton Croce.

Tratava-se, como êle salientou, de um indivíduo gordo, o que é também uma condição favorável para a torção de epiplon. A crise dolorosa teve aparecimento súbito e isso é o que acontece quando há uma parada de circulação num determinado setor do organismo, o que também deve ser levado em conta. A ausência de temperatura, é outro fator, pois em geral nos processos inflamatórios agudos do apêndice há uma elevação de temperatura que às vêzes vai a 39º e mesmo até 40º, como já temos observado.

Todos êsses dados nos levaram, no caso em aprêço, ao diagnóstico prévio de torção de epiplon, tanto assim que a nossa ficha cirúrgica assinala como motivo da intervenção o diagnóstico de torção de epiplon; e na descrição da operação consigna: "incisão transversa ampla na região iliaca alta — realmente o ponto de hiperestesia era acima do de McBurney, o que é mais um elemento para nos conduzir ao diagnóstico de torção de epiplon — havia ligeiro edema preperitoneal, com um peritoneo espessado; na porção interna da incisão foi vista uma necrose de epiplon; tratava-se, como se havia diagnosticado, de um fragmento epiplon por pedículo torcido".

Eram essas considerações que queríamos fazer, salientando principalmente que só pode estabelecer um diagnóstico prévio em tal caso quem já errou uma ou mais vêzes, porque então tem lembrança de seus êrros e pode tirar lição dos dados semiológicos que encontrou.

Mioma recidivante do espaço vesico-vaginal (*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas)

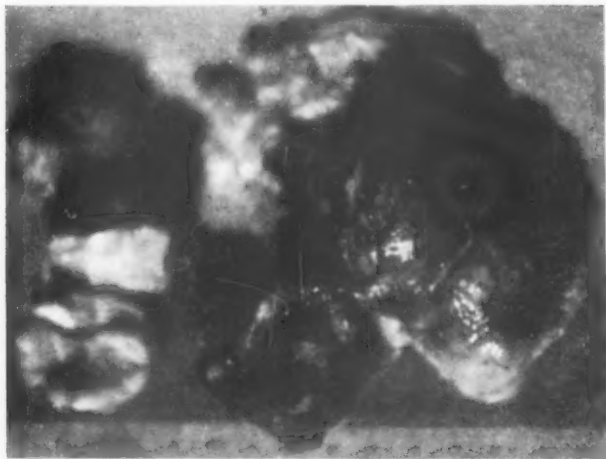
O caso que hoje apresentamos caracteriza-se pelas suas peculiaridades pouco comuns.

Trata-se de E. M. V., de 42 anos de idade, branca, brasileira, casada, que aos 38 anos de idade, em 1957, já havia sido por nós operada, quando se praticou uma histerectomia total por um grande mioma multilobular. Anteriormente já havia sido submetida a duas laparotomias, referindo que numa delas tinha sido feita histerectomia sub-total com salpingectomia e apendicectomia. Conseguimos fazer a histerectomia total, mas com muita dificuldade, pois a doente entrou em choque, houve perfuração da bexiga por aderências existentes, mas, felizmente, tudo terminou bem e teve alta em boas condições em dezembro do mesmo ano.

Em agosto do corrente ano, procurou-nos novamente, queixando-se de dores no baixo ventre, mas mais fortes nos hipocôndrios, principalmente no hipocôndrio direito; o exame abdominal não nos revelou absolutamente nada de anormal; a evacuação e micção eram normais. Fazendo-se o toque, fomos encontrar um tumor de consistência líquida, no fundo de saco anterior da vagina e pouco doloroso.

Com essa sensação líquida e como já havíamos feito histerectomia total, fizemos o diagnóstico de ciste do ovário muito aderente. Mandamos fazer uma urografia excretora a fim de observar o estado renal, que deu como resultado: "ausência de imagens calcúlosas; eliminação do contraste por ambos os rins; função excretora assegurada; não há sinais de lesões piélicas. Nota-se estase moderada de ambos os uréteres, vendo-se afilamento por compressão ao nível dos uréteres pelvicos. Compressão extrínseca." Portanto, com diagnóstico de ciste de ovário, foi levada à mesa operatória. Aberta a cavidade abdominal, encontramos dois ovários normais e um pequeno

(*) Caso apresentado em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 20 de outubro de 1960.



Peça extirpada mostrando seu volume e irregularidade

tumor localizado na pequena bacia, profundamente, de consistência dura, retroperitoneal; abrimos esse peritôneo e com dificuldade fomos descolando, a dedo, e verificamos tratar-se de mioma localizado no espaço vesico-vaginal. Nas manobras de descolamento, que estavam sendo feitas completamente no escuro, tínhamos receio dos uréteres; a bexiga foi lesada, mas não conseguimos localizar essa lesão, e colocamos uma sonda de demora e um dreno que saísse pela vagina. O posoperatório evoluiu bem e foi dada alta no 16.º dia. Assim, um caso que inicialmente parecia fácil, tornou-se muito difícil no ato operatório. Era um tumor bocelado de 10 a 12 cm, de evolução rápida.

COMENTÁRIO

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO. — No caso presente, como se vê na radiografia, a coleta de contraste mostra um recalçamento muito acentuado no fundo da bexiga, fazendo com que ela se apresente quase como “em lua nova”, mostrando que esse tumor fazia protuberância dentro da cavidade vesical. Isso nos faz imaginar que talvez pudesse ter sido um processo fibromatoso nascido da própria parede vesical. Entretanto, como o Dr. Waldemar Machado concluiu, seria um nódulo nascido do próprio miométrio, que tivesse escapado à sua verificação na operação feita 2 anos antes. Pela lesão que produziu na bexiga, contudo, é possível que fôsse como supomos um tumor fibroso da própria parede vesical.

O caso nos faz lembrar outro que recentemente tivemos a ocasião de apresentar aqui, relativo à endometriose em uma paciente que apresentava um tumor hemorrágico do ovário e que também tinha na parede posterior da bexiga, justamente ao nível do que se pode chamar espaço vesico-vaginal, um tumor duro, de consistência miomatosa, que estava completamente retroperitoneal, que não tinha conexão nenhuma com o miométrio e que interpretamos como sendo, possivelmente, uma formação endometriósica localizada na parede da bexiga. Essa doente tinha dores periódicas no baixo ventre e continua a tê-las, mesmo depois da operação, porque não nos aventuramos a retirar essa formação fibrosa, primeiro porque achamos que não tinha aspecto nenhum de malignidade, depois porque estava assestada na parede da bexiga e não tínhamos a segurança, no ato operatório, de que essa formação fôsse puramente vesical e que estivesse comprometendo a porção mucosa da bexiga. A doente foi submetida, no posoperatório, a uma cistoscopia pelo Dr. Nelson Rodrigues Neto, que verificou não haver absolutamente nenhuma anormalidade na mucosa, de sorte que essa formação ou seria extraparietal ou seria, mesmo, da parte muscular da bexiga. O caso está ainda em observação.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Reuniões do Corpo Médico

Reunião em 18 de setembro de 1958 :

Irmãos siameses. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Apresentou radiografias de um caso de irmãos siameses isquiópagos que se acha sob os cuidados do Dr. Virgílio Carvalho Pinto no Hospital das Clínicas.

O Prof. Carmo Lordy fez ligeiras considerações sobre o caso.

Mola hidatiforme. — Dr. Moacyr Boscardin. Apresentou um caso acidentado de mola hidatiforme implantada na vagina, pensando-se em corioepitelioma, pelo que se fez a histerectomia total. No pós-operatório a enferma apresentou um fecaloma, que foi evacuado sob anestesia geral.

Corioepitelioma. — A respeito do estudo desse caso o Prof. Lordy discorreu sobre corioepitelioma. Apresentou detalhadamente a degeneração das vilosidades do ovo no sentido da formação da mola vesicular. Passou depois a tratar do corioepitelioma, que definiu, mostrando que em metade dos casos decorre de uma mola hidatiforme e em outra metade de restos da placenta. Descreveu os característicos do corioepitelioma. É tumor parasita, sem vasos próprios nem tecido conectivo. Às vezes evolue benignamente e pode regredir nas suas manifestações. Disse ainda algumas palavras sobre o corioepitelioma do testículo, que é um teratoma ou tridermona, com desenvolvimento unilateral — dente ou tecido tireoideano, semelhante ao corioepitelioma do testículo, do ovário.

Reunião em 25 de setembro de 1958 :

Câncer da porção terminal do coledoco. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou um caso de câncer da porção terminal do coledoco.

A parte histopatológica foi discutida pelo Prof. Carmo Lordy.

O caso mereceu comentário dos Drs. Paulo G. Bressan e Moacyr Boscardin.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à primeira reunião havida entre o diretor do Departamento Médico e os médicos do hospital, mostrando as providências que foram dadas para atender as solicitações feitas. Referiu-se também, a um boletim eleitoral distribuído no interior e em que se faz referência elogiosa aos Drs. Luis Branco Ribeiro e Paulo G. Bressan, e ao Sanatório São Lucas.

O Dr. Waldemar Machado discutiu a questão das infecções no ambiente hospitalar, sugerindo providências e apresentando opinião contida em recente revista médica.

Reunião em 2 de outubro de 1958 :

Tumor do rim. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Apresentou um caso de tumor do rim — adeno-sarcoma embrionário ou tumor de Wilms.

Tumor de Wilms. — Sobre esse tumor discorreu o Prof. Carmo Lordy, dando os aspectos clínico e patológico que lhe são próprios. Expôs com detalhe os característicos microscópicos do tumor — células polimorfas, tubulos, tecido colageno, músculos estriados, cartilagem e até tecido ósseo. Sobre a etiologia do tumor de Wilms, recordou noções de embriologia que auxiliam a compreensão da teoria mais aceita — proveniência do mesonefros.

Os Drs. Eurico Branco Ribeiro, Moacyr Boscardin, e João Noel von Sonnleithner apresentaram questões, que foram apreciadas pelo Prof. Carmo Lordy. O Dr. João Noel von Sonnleithner recordou um caso de tumor de Wilms que apresentou à Sociedade Médica São Lucas.

Reunião em 9 de outubro de 1958 :

Problemas administrativos. — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre a permissão de ingresso na sala de operações às pessoas leigas. Foi lido um artigo do Prof. Edmundo Vasconcelos sobre o assunto.

Ultrasonoterapia. — A seguir o Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre a ultrasonoterapia, referindo vários dados da literatura.

XIV Semana Médica do Norte do Paraná. — Foi apresentado pelo Dr. Luzardo Ortega, um relatório sobre a XIV Semana Médica do Norte do Paraná, realizada em Londrina no mês de setembro último. O orador fez considerações sobre o programa e o Dr. Eurico Branco Ribeiro salientou a importância de se cumprir o programa organizado.

Reunião em 16 de outubro de 1958 :

Metástases do câncer gástrico. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorreu sobre as metástases no câncer do estômago, apresentando casos do seu serviço,

com várias localizações. Fêz projeção de microfotografias e apresentou radiografias.

Suas considerações foram discutidas pelo Dr. Ferdinando Costa.

Reunião em 23 de outubro de 1958 :

Câncer do colo uterino. — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro expoz o caso, já por outrem operado de câncer do colo uterino e que agora apresenta uma fistula vésico-vaginal. A orientação a seguir no caso foi amplamente discutida, pensando-se em fazer revisão da cavidade abdominal e anus iliaco definitivo, para depois, num segundo tempo, se aconselhável, fazer-se o esvaziamento pélvico.

Depois discutiram-se questões relativas ao serviço de plantão no hospital.

Reunião em 30 de outubro de 1958 :

Tumor cervical. — Dr. Moacyr Boscardin. Apresentou um caso de tumor cervical, levado à cirurgia com o diagnóstico de lipoma, mas que se tratava de uma ciste da 2.^a bolsa branquial.

Sobre as formações tumorais decorrentes da 2.^a bolsa branquial discorreu o Prof. Carmo Lordy. Mostrou a significação da região branquial nos mamíferos. O conceito evolucionista não satisfaz mas é um plano formativo de órgãos que aparecem nos animais superiores da escala biológica. Descreveu o desenvolvimento dos arcos branquiais e dos órgãos correspondentes. A segunda bolsa pode dar cistes e fistulas e, ela só, pode dar carcinomas.

Passando a outro assunto o Prof. Carmo Lordy mostrou uma lâmina de corte do fundo do estômago contendo um broto de mucosa intestinal típica. Expoz as várias teorias que explicam esse achado. A opinião mais acatada é a de que a ilhota intestinal, depende de processo irritativo que determina o desvio encontrado.

Reunião em 6 de novembro de 1958 :

Ventre pêndulo. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorreu sobre o ventre pêndulo, apresentando uma incisão adequada para a dermolipectomia nesses casos. A crítica da incisão denominada em bigode prussiano, foi feita pelos Drs. Moacyr Boscardin, Clodomiro Pereira da Silva, Paulo G. Bressan e Waldemar Machado.

Assuntos administrativos. — A seguir foram discutidos alguns problemas administrativos.

Tumor da região mamaria esquerda. — Por fim o Dr. José Saldanha Faria apresentou um caso de tumor da região mamaria esquerda, com 19 anos de evolução, provavelmente um cisteocondroma da costela.

Reunião em 13 de novembro de 1958 :

Câncer primário do fígado. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Apresentou um caso de câncer primitivo do fígado, em que o diagnóstico foi difícil de estabelecer-se.

Sobre o câncer primitivo do fígado (primário) discorreu o Prof. Carmo Lordy. O tumor primário pode ser das células hepáticas ou dos canais biliários. Este dá metástases geralmente para o pulmão; tumor de células hepáticas pode dar metástases até nos ossos, onde se podem ver rosetas de células hepáticas circundando cavidades cheias de bile. Sobre a gênese dos dois tipos de tumor primário o Prof. Lordy recordou várias teorias.

Reunião em 20 de novembro de 1958 :

Plasmocitoma. — Pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro foi apresentado um caso de uma enferma que pela terceira vez foi acometida de câncer de natureza diferente — na mama, no colo descendente e agora no crânio — este um plasmocitoma. Apresentou os característicos clínicos do caso, mostrando radiografias do crânio.

A seguir o Prof. Carmo Lordy discorreu a propósito do caso. Definiu o plasmocito e discutiu a sua origem, a sua função e a sua transformação em fibroblastos. Passou depois a discorrer sobre os mielomas. No caso presente o tumor é da variedade solitária. A albumina de Benza-Johnson aparece na urina dos portadores de mieloma.

Reunião em 27 de novembro de 1958 :

Problemas de administração hospitalar. — Com a presença de 10 médicos foram discutidos problemas administrativos e a questão das relações entre a C.A.P.F.E.S.P. e o Sanatório São Lucas.

Reunião em 4 de dezembro de 1958 :

Problemas administrativos hospitalares. — Em continuação à sessão anterior foram discutidos problemas de administração hospitalar.

Reunião em 31 de dezembro de 1958 :

Vacina Von Bremer. — Dr. Estevam de Almeida Prado. Expôs os resultados da aplicação da vacina von Bremer (*siforiospora polimorfa*) nos casos de paralisia infantil. Acentuou que ainda não se pode explicar a maneira de ação da vacina, diante dos conhecimentos clássicos da imunologia e patologia da paralisia infantil.

O assunto foi discutido pelos Drs. Paulo G. Bressan e Roberto Deluca.

Reunião em 18 de dezembro de 1958 :

Mioma e gravidez. — Foi lida e comentada uma carta do Dr. Luciano Becerra de Pergaminho, Argentina, sobre o mioma e gravidez e sobre o diagnóstico precoce do câncer.

A seguir foi acentuado o valor da rotina no preenchimento das fichas hospitalares.

Por fim o Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou o projeto de um avulso com recomendações e esclarecimentos de doentes e acompanhantes.

